



МУКОВИСЦИДОЗА

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНАТА ЛАБОРАТОРИЯ

Телефон:+359 36 1 68 438

ПОРЪЧКА за изолиране на ДНК с цел:

- ДНК банка
- Изследване за носителство
- Диагноза
- Предклинична диагноза
- Информативност

ПАЦИЕНТ:

_____ *трите имена*
 [___ / ___ / ___] [_____] [_____]
дата на раждане *месторождение* *етнос*

1. ИНФОРМАЦИЯ ЗА СЕМЕЙСТВОТО:

Майка:

Баща:

_____ *трите имена* / _____ *трите имена*
 [___ / ___ / ___] [_____] [_____] [___ / ___ / ___] [_____] [_____]
дата на раждане *месторождение* *етнос* *дата на раждане* *месторождение* *етнос*

_____ *пълен домашен адрес на семейството*
 [_____] [_____]
Телефон *e-mail*

2. КРЪВ ОТ РОДСТВЕНИЦИ НА БОЛНИЯ:

N	Трите имена	Дата на раждане	Роднинска връзка с пробанда
4			
5			
6			

3. КЛИНИЧНА ИНФОРМАЦИЯ

Потен тест:	СТЕАТОРЕЯ:
Iви Потен тест:[] mM/ICl	няма
IIри Потен тест:[] mM/ICl	20-40 MG
IIIти Потен тест:[] mM/ICl	< 20 MG
	>40 MG

4. НАЧЕРТАЙТЕ РОДОСЛОВНО ДЪРВО:

НАЧАЛО	новородено	Бял дроб	Инфекции	Ro Бял дроб	Панкреас	Черен дроб	Починал
С раждане	Норма	Норма	Няма	Норма	Норма	Норма	До 1г.
До 1месеца	Мек.илеус	Кашлица	St.Aureus	ателектаза	Стеаторея	Увеличен	До 3г.
До 3месеца	жълтеница	диспнея	Ps.Aeruginosa	бронхит	Кисти	Намален	До 7г.
До 6месеца	Не наддава	Тахепнея	H.Influenza	пневмония	диабет	Хр.хепатит	14г.
До 1година	Прол.ректум	Астма	Candida	Пневмотор.		цироза	18г.
Над1година	Респ.дистрес	Наз.полип	други бакт.	енфизем			

НАСОЧВАЩ ЛЕКАР:

_____ [___ / ___ / ___] [_____]
/име, фамилия/ */дата/* */подпис/*
 [_____] [_____] [_____]
/здравно заведение /клиника/ */адрес/* */телефон/*

